

# Anmeldung/Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung zu uns kommen. Ihre Zeit ist uns wichtig, daher führen wir unsere Praxis nach einem Bestellsystem, um Wartezeiten zu vermeiden.

Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ab. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Medizinisch notwendige, aber nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können in Ausnahmesituationen dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie leider mit Wartezeiten rechnen, da unsere Terminpatienten Vorrang haben. Wir versuchen, Sie schnellstmöglich zu behandeln.

## Patient/-in (Herr/Frau/Kind)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon	Mobil	E-Mail
Beruf, Arbeitgeber		Ort

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/ -r):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon	Mobil	E-Mail
Beruf, Arbeitgeber		Ort

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- |                                                                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert                                   | <input type="checkbox"/> Privat versichert    |
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert mit Kostenerstattung (§ 13 SGB V) | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung   |
| <input type="checkbox"/> Basistarif                                              | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Kostenträger (Sozialamt, Bundeswehr, Polizei) |                                               |

